



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧУКОТСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА**

П Р И К А З

от 30 декабря 2025 года

№ 1197

г. Анадырь

Об утверждении порядка медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение граждан Чукотского автономного округа

В соответствии с частью 5 статьи 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2025 г. № 169н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения», и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 марта 2024 г. № 143н «Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах, их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов» в связи с оформлением заявки и путевки на санаторно-курортное лечение в электронном виде в программно-аппаратном комплексе Министерства здравоохранения Российской Федерации на Интернет портале <https://sk.egis.zdrav.ru>, в целях совершенствования порядка медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение,

П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Утвердить:

1.1. Порядок медицинского отбора и направления жителей Чукотского автономного округа на санаторно-курортное лечение, в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу.

1.2. Заявление о согласии на обработку персональных данных пациента, в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу.

1.3. Талон о предоставлении данных на граждан Чукотского автономного округа, для оформления заявки Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа на санаторно-курортное лечение, в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу.

2. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Чукотская окружная больница» (далее – ГБУЗ «Чукотская окружная больница») Э.А. Рамазановой и руководителям медицинских организаций, подведомственных ГБУЗ «Чукотская окружная больница»:

2.1. Обеспечить перевод в новую форму медицинской справки для получения путевки на санаторно-курортное лечение № 070/у, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 мая 2025 г. № 274н, в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу, до окончания переходного периода - 1 сентября 2027 года.

3. Признать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа от 24 сентября 2021 года № 805 «Об утверждении порядка медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Управление по организации медицинской помощи населению Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа.

Начальник Департамента



П.А. Фадеев

**Порядок
медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное
лечение граждан Чукотского автономного округа**

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с направлением жителей Чукотского автономного округа (далее - пациент), нуждающихся в санаторно-курортном лечении (далее - СКЛ), в санаторно-курортные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, перечень которых утвержден Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 10 июля 2013 г. № 301н/449н «Об утверждении перечня санаторно-курортных учреждений (государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения), в которые предоставляются при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи» (далее СКУ).

2. Направление пациентов в СКУ на СКЛ осуществляется во взаимодействии Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа (далее Департамент), Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Чукотская окружная больница» и СКУ.

3. Основанием для направления пациента в СКУ на СКЛ является решение Комиссии Департамента по отбору пациентов на СКЛ (далее – Комиссия).

4. Основанием для рассмотрения Комиссией вопроса о направлении пациента в СКУ на СКЛ являются следующие документы:

- письменное обращение пациента (его законного представителя) в Департамент;
- направление руководителя медицинской организации (или уполномоченного должностного лица) по месту наблюдения и (или) лечения пациента;
- заявление о согласии на обработку персональных данных пациента, в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;
- талон о предоставлении данных на пациентов, для оформления заявки Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа на санаторно-курортное лечение, в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу;

- справка для получения путевки (форма № 070/у) в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу;

- копия удостоверения гражданина, подвергшегося воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча и ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне (в случае, если пациент относится к данной категории граждан) в бумажном и электронном варианте (обязательно отсканированное);

- копия паспорта пациента;

- копия СНИЛС;

- копия страхового полиса.

5. Документы предоставляются филиалами ГБУЗ «Чукотская окружная больница» на бумажном носителе в ГБУЗ «Чукотская окружная больница» г. Анадырь.

6. ГБУЗ «Чукотская окружная больница» направляет пакет документов пациента в Департамент с сопроводительным письмом.

Форма № 1-СКЛ

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие Департаменту здравоохранения Чукотского автономного округа на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания санаторно-курортного лечения.

1. Дата рождения

(число, месяц, год)

2. Пол

(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность

(наименование, номер и

серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес по месту регистрации

(почтовый адрес по месту регистрации)

5. Адрес фактического проживания

(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Наименование страховой компании, серия и № страхового полиса
обязательного медицинского страхования (при наличии)

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при
наличии)

8. Сведения о законном представителе

(фамилия, имя, отчество)

(почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя

(число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

(нужное подчеркнуть)

На передачу лично мне сведений о дате заезда в СКУ и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Подпись пациента _____

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

зарегистрированы _____

(№ Заявки на оказание СКЛ)

Принял

(дата приема заявления специалиста)

(подпись специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

(№ Заявки на оказание СКЛ)

Принял

(дата приема заявления специалиста)

(подпись специалиста)

Талон

			-				-			
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

[illegible]

--	--	--

[illegible]

6.* Пол: 1 - муж.; 2 - жен.

--	--	--	--	--	--	--	--

9.* Адрес регистрации по месту жительства: (улица, номер дома, квартиры, контактный телефон):

11.* Инвалидность: 1 - I гр., 2 - II гр., 3 - III гр., 4 - ребенок-инвалид, 5 - инвалид с детства;

12.* Категория пациента: 1-граждане, подвергшиеся воздействию радиации; 2-дети с психоневрологическими заболеваниями; 3-дети с онкогематологическими заболеваниями; 4-дети с офтальмологическими заболеваниями; 5-сопровождающий инвалида I группы; 6-дети с заболеваниями опорно-двигательного аппарата; 7-дети с заболеваниями органов дыхания; 8-дети с заболеваниями органов пищеварения; 9-дети с заболеваниями эндокринной системы; 10-житель региона с неблагоприятными условиями;

13.* Диагноз при направлении:

14.* Код по МКБ-10

15. Тип путевки «Мать и дитя»

16.* СКУ, в которое отправляется пациент:

17.* Профиль СКУ, в которое отправляется пациент:

18.* Планируемая дата заезда в СКУ: _____ 2010 г.

19.* Серия _____, № _____ удостоверения гражданина, подвергшегося воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча и ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне;

20. Ф.И.О.:

21. Пол: 1 - муж.; 2 - жен.

22. Дата рождения

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

23. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер, кем и когда выдан):

24. Адрес регистрации по месту жительства: (улица, номер дома, квартиры, контактный телефон):

Главный врач ГБУЗ ЧОБ

Ф.И.О.

Печать, подпись руководителя

Примечание:

1. Пункты, отмеченные «*», являются обязательными для заполнения, без заполнения этих пунктов сохранение заявки на СКЛ в системе невозможно;
2. Пункты с 20 по 24 обязательны для заполнения в случае отметки «V» в поле пункта 15;
3. При выборе подпункта 5 в пункте 12, талон о предоставлении данных заполняется в том же порядке, как для пациентов, направляемых на СКЛ.

Приложение № 4
к приказу Департамента
здравоохранения Чукотского
АВТОНОМНОГО ОКРУГА
от 30.12.2025 № 1197

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской
деятельности)
Основной государственный регистрационный номер
(Основной государственный регистрационный
номер индивидуального предпринимателя)

Медицинская документация
Учетная форма N 070/у
Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской
Федерации
от 13 мая 2025 г. N 274н

Справка № _____
для получения путевки на санаторно-курортное лечение
« ____ » _____ 20__ года

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права на санаторно-курортное лечение. Справка действительна в течение 12 месяцев

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____
Дата рождения: " ____ " _____ 20__ г. Пол: муж. - 1, жен. - 2
Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____
район _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____ тел. _____
Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____
район _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____ тел. _____
Полис обязательного медицинского страхования: _____
дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования " ____ " _____
20__ г.
данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным
лицом или определенной застрахованному лицу _____
Код субъекта Российской Федерации _____
Климат в месте проживания пациента (код) _____
Климатические факторы в месте проживания пациента (код) _____
Код меры социальной поддержки _____
Сопровождение: да - 1, нет - 2 _____
Документ, подтверждающий право на получение мер социальной поддержки в
виде набора социальных услуг:
серия _____ номер _____ дата выдачи " ____ " _____ 20__ г.
Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____
Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в санаторно-
курортную организацию: _____ код по Международной
статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
(далее - МКБ) _____
Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____
Заболевание, являющееся причиной инвалидности _____ код по МКБ _____

Противопоказания для санаторно-курортного лечения отсутствуют

Рекомендуемое лечение: в условиях пребывания в санаторно-курортной организации - 1;
амбулаторно - 2

Предпочтительное место лечения	
--------------------------------	--

Рекомендуемые сезоны лечения: зима - 1, весна - 2, лето - 3, осень - 4

Лечащий врач, должность врача-специалиста _____
(фамилия, имя, отчество подпись
(при наличии)

Заведующий отделением _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) подпись

Председатель врачебной комиссии _____
(фамилия, имя, отчество подпись
(при наличии)

М.П. (при наличии)